Rok XL. Kraków, 28 Grudnia 1901. Nr 52.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki chirurgicznej Radcy Dworu Prof. Dra Ludwika Rydygiera we Lwowie.

Przyrząd do spłókiwania rąk w czasie operacyi.

Opisał
Dr. M. W. Herman,
asystent kliniki.

Już parokrotnie mieliśmy sposobność pisania w sprawie aseptyki rąk chirurga, specyalnie zaś wyłuszczenia zapatrywań, jakie w tym kierunku przyjęliśmy w klinice Rydygiera. Przypominam, że wymagamy, aby chirurg 1) zapobiegawczo (profilaktycznie), o ile możności unikał stykania się z przedmiotami septycznymi, aby dbał o 2) kosmetykę swoich rąk, gdyż skóra miękka i gładka o wiele łatwiej dostępną jest wyjałowieniu, niż gruba i popękana; dalej wymagamy, 3) aby właściwe mycie rąk trwało około 15 minut i to w wodzie płynącej lub często zmienianej, wiemy bowiem, że w procesie wyjaławiania rąk większe i istotniejsze znaczenie mają czynniki mechaniczne, niż wpływ ciał chemicznych; a wreszcie przestrzegamy tego 4) aby w czasie samej operacyi często opłókiwać ręce w roztworze boru, lub chociażby wody przegotowanej, w tej myśli, że przez zabieg ten zmniejszymy ilość bakteryj, które tymczasem wydostały się na powierzchnię skóry rąk czy to z gruczołów potowych, łojowych, lub torebek włosowych, czy też z jakichś szczelin w naskórku.

Tej ostatniej części aseptyki rąk czyniliśmy dotychczas zadość w ten sposób, że obok operującego i asystujących stawialiśmy miednice z roztworem kwasu borowego i płyn ten, skoro został zbrudzonym, odnawialiśmy. W miarę jednak tego, jak coraz głębiej przekonywaliśmy się o wartości i znaczeniu tej właśnie manipulacyi, mającej zastąpić u nas gdzieindziej używane rękawiczki, spostrzegaliśmy, że ten sposób spłókiwania rąk nie daje nam pełnej rękojmi zachowania ich aseptyki przez cały czas operacyi.

Po jednorazowem bowiem obmyciu rąk, zwalanych np. treścią żołądka lub jelit, podczas operacyi na tych narządach, gdzie właśnie tak bardzo zależy na tem, aby możliwie aseptycznie operować, płyn staje się septycznym i zanieczyszcza miednicę, choćby nawet pierwotnie wyjałowioną. Chcąc więc przy tej metodzie zachować istotnie możliwą aseptykę rąk, należałoby po każdem ich opłókaniu zmienić nietylko płyn, t. j. roztwór kwasu borowego, którego własności przeciwgnilne są bardzo względne, ale użyć także świeżo wyjałowionej miednicy.

Trzeba zatem było błędy te w jakikolwiekbądź sposób, wyeliminować. Usunęliśmy tedy miednice, a ręce spłókujemy w bieżącym strumieniu 3% roztworu kwasu borowego, lub 6% soli kuchennej, płynącym wprost z irygatorów, które w salioperacyjnej aseptycznej kazaliśmy porobić z blachy miedzianej i w nich przyrządzony roztwór przed użyciem przez zagotowanie wyjaławiamy. Dren, prowadzący płyn z irygatora, przechodzi przez stojak i w nim zostaje ustalony i zaciśnięty.

Stojak ów *(Fig. I)* złożony został w tutejszej fabryce narzędzi chirurgicznych Georgeona i Trepczyńskiego wedle zasadniczych wskazówek, udzielonych fabrykantom w naszej klinice.

Składa się on z rury, prostopadle na ciężkim trójnogu ustawionej, od góry zamkniętej, a poniżej zamknięcia zaopatrzonej w dwa otwory (na jednej średnicy), przez które przechodzi dren. Wewnątrz rury znajduje się mocna, stalowa sprężyna, obejmująca i podtrzymująca pręt stalowy, zaopatrzony u góry w walcowate zgrubienie, które właśnie zamyka szczelnie dren gumowy, przyciskając go do górnej pokrywy rury, u dołu zaś pręt ów łączy się z dźwigniowym pedałem. Następując na pedał ściągamy pręt stalowy ku


Fig. 1.


Fig. 2.

dołowi, a pokonując opór sprężyny, zwalniamy ucisk na dren. Po zwolnieniu pedału, sprężyna unosi pręt w górę i napowrót dren zamyka. Do głównej rury przymocowane są na stałe: 1) sitko, które łączymy z drenem irrygatora, a poniżej 2) pierścień podtrzymujący miedniczkę, zaopatrzoną w rurę odpływową. Płyn, wylewający się ze sitka, spada po splókaniu rąk na miedniczkę i spływa na posadzkę, nie rozpryskując się, wylot bowiem rury odpływowej znajduje się tuż nad poziomem. W ten sposób, ile razy tego zajdzie potrzeba, obmywamy podczas operacyi ręce za każdym razem w płynie zupełnie czystym i unikamy stykania się z miednicą, która, jak to już zaznaczyliśmy, nie może być stale aseptyczną.

Te nasze stojaki, połączone z irygatorem odpowiednio wysoko zawieszonym, wydają mi się lepsze, niż wszelkie umywalnie, złożone wedle zasadniczego modelu Skutscha. Są bowiem w swej budowie bardziej aseptyczne, dają pełny i żywy strumień płynu, bardzo trudny do osiągnięcia w umywalniach Skutscha, a wiadomo, że chodzi nam bardziej o mechaniczne działanie płynu, niż o jego własności odkażające, i wreszcie stojaki te bardzo łatwo mogą być użyte w praktyce prywatnej i oddawać usługi aseptycznej umywalni pedałowej.

Do tego celu sporządzaliśmy je nieco odmiennie. *(Fig. 2).* Zaopatrzyliśmy je mianowicie w większe miednice, a rura odpływowa z miednicy kończy się w wiadrze, zawieszonem wolno na głównej prostopadłej rurze. W ten sposób uniknęliśmy rozpryskiwania się płynu z miednicy i rozlewania się go po podłodze. Za zbiornik wody w praktyce prywatnej posłużyć może pierwszy lepszy garnek kilkunasto-litrowy, najlepiej ten sam, w którym się woda wygotowywała, ustawiony na piecu, na szafie i t. d. Z drenu gumowego, na kilka metrów długiego, zanurzonego jednym końcem w owym garnku, urządzamy lewar, który drugim końcem łączy się ze sitkiem stojaka. I tak małym bardzo zachodem możemy zaimprowizować w najuboższym nawet domu, gdzie nieraz tak trudno o miednicę, zwłaszcza czystą, idealnie aseptyczną umywalnię, boć po wygotowaniu drenu i sitka, myjemy się absolutnie wyjałowioną wodą. W pokoju ordynacyjnym zaś każdy z lekarzy niewielkim kosztem zaopatrzyć się może w jakikolwiek zbiornik z blachy, szkła itd. i umocować go na stałe na ścianie, lub ukryć na szafie itd. Po obmyciu rąk mydłem i wodą można dren rozłączyć ze zbiornikiem wodnym i połączyć go z irygatorem, napełnionym np. roztworem kwasu borowego i tego samego stojaka używać podczas operacyi do splókiwania rąk.

II. Z kliniki c. k. Radcy dworu Prof. Dra Rydygiera we Lwowie.

O wycinaniu śledziony.

(Wedle wykładu mianego na XI. Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie).

Podał
Dr. Stanisław Jasiński
elew kliniki.

(Dokończenie).

Wskazania i przeciwskazania. Dotychczas nagromadzona kazuistyka operacyi wycinania śledziony, jakkolwiek stosunkowo bardzo obfita, jest jeszcze surowym materyałem, który nie dojrzał do ostatecznego opracowania. Przeglądając ogłoszenia i zestawienia różnych autorów, znajdujemy rozmaite wskazania, mające niejako usprawiedliwić tę, bądź co bądź jedną z najcięższych operacyi.

Świadomość, że śledziona w ustroju nie odgrywa ostatecznie tak wybitnej roli, by się ustrój bez niej nie mógł obejść, a powtóre, zbytnia ufność w aseptykę spowodowały, że wiele razy wycinano śledzionę bez usprawiedliwionej potrzeby. To było powodem, że z czasem nagromadził się cały szereg wskazań do splenektomii, a mianowicie: 1. Obrażenia śledziony (podskórne i powikłane). 2 Śledziona wędrująca. 3. Ropnie. 4. Gruźlica i promienica śledziony. 5. Kiła. 6. Torbiele (surowicze, krwawe, skórzaki). 7. Bąblowiec. 8. Nowotwory (mięsak, rak, naczyniak itd.). 9. Obrzęk śledziony zimniczy. 10. Białaczka. 11. Białaczka rzekoma (niedokrewność śledzionowa, pierwotny przerost śledziony itd.). 12. Przerost śledziony z zastoju (marskość wątroby) i ze zwyrodnienia skrobiowatego. 13. Tętniaki tętnicy śledzionowej.

Przyjrzyjmy się jednak tym wskazaniom bliżej i spróbujmy je krytycznie ocenić, które z nich w istocie zasługują na uznanie.

1. Obrażenia podskórne i powikłane z raną skórną. Obrażenia śledziony, niepowikłane raną powłok, dają tylko wtedy wskazanie do jej całkowitego wycięcia, jeżeli: 1) torebka śledziony jest cienka; 2) miąższ jej kruchy z powodu zmian chorobowych (gdyż pęknięcia samoistnego zdrowej śledziony prawie nigdy nie napotykamy); 3) jeżeli ilość pęknięć (co najważniejsze) jest tak znaczna, iż założenie szwów nie zabezpieczałoby dostatecznie przed następowym krwotokiem, lub też ich założenie nastręczałoby nadzwyczajne trudności techniczne, choćby ze względu na niedostępne umiejscowienie.

Lewerenz, widząc w takich przypadkach dobre wyniki po splenektomii, idzie jeszcze dalej i zaleca wycięcie śledziony nawet tam, gdzie przy braku utrzymujących śledzionę zrostów, wycięcie jej przedstawiałoby zabieg łatwiejszy, aniżeli założenie szwów, tem bardziej, że on uwalnia operatora od obawy przeoczenia mniej widocznych pęknięć.

W ogóle nie da się z góry powiedzieć, w jakich przypadkach należy wykonać splenektomię, a w jakich założyć szew lub tamponować. Zależy bardzo wiele od ogólnego stanu chorego i od miejscowego stanu obrażonej śledziony. Doświadczenie i takt chirurga musi rozstrzygać w każdym przypadku.

Inne zachodzą stosunki przy obrażeniu śledziony, powikłanem raną powłok zewnętrznych. Najczęściej mamy tu do czynienia z wypadnięciem nienaruszonej śledziony na zewnątrz, wypchniętej ruchami przepony przez otwór w ranie, częstokroć węższy od przekroju elastycznej śledziony, której objętość dzięki zastojowi żylnemu jeszcze się wzmaga. W takich przypadkach jakikolwiek zabieg chirurgiczny, byle tylko wczesny, daje jaknajlepsze rokowanie. Jeżeli mamy do czynienia z przypadkiem zupełnie świeżym, to po należytem oczyszczeniu śledziony staramy się ją odprowadzić na jej pierwotne miejsce, nie odstraszając się tem, że w danym razie będziemy musieli powiększyć otwór w powłokach brzusznych. Gdy nie jesteśmy zupełnie pewni, czy stosunki aseptyczne w ranie dadzą się na pewno przywrócić, możemy

oddzielić gazą jodoformową okolicę śledziony od reszty jamy brzusznej, zaszywając tylko częściowo ranę brzuszną.

Splenektomię zaś, choć ta w takich przypadkach znakomite daje wyniki, zachować należy tylko do tych przypadków, gdzie wypadnięcie śledziony trwa czas dłuższy, a wskutek tego przyszło do zapalenia, a następowo do zgorzeli śledziony.

2. Śledziona wędrująca, jeżeli przytem nie przyszło do zbyt wielkiego rozrostu, nie daje wskazania do splenektomii. Racyonalniejszem w takim przypadku jest ustalenie śledziony *(splenopexis)*, zalecone przez Rydygiera, przyczem śledzionę wkłada się w kieszeń, utworzoną przez odklejenie ościennej blaszki otrzewnej od wewnętrznej ściany brzusznej.

Śledziony wędrujące, chorobowo zmienione i znacznie powiększone, nadają się do splenektomii. Śmiertelność w tych przypadkach mała, wynosi tylko 6·25% i dlatego nawet Vanverts, jakkolwiek niesłusznie, stawia wyżej i zaleca zawsze splenektomię przed splenopeksyą.

3. Ropnie wymagają zawsze chirurgicznego zabiegu, zatem otwarcia ropnia, czyli nacięcia śledziony *(splenotomia)*, względnie, gdy śledziona w całości lub przynajmniej w znacznej części jest zniszczona przez ropień, — wycięcia (splenektomia). Do ropni dużych śledziony można się dostać z cięcia poniżej łuku żebrowego lewego; przy małem powiększeniu śledziony musimy sobie drogę torować przez zatokę opłucnej *(sinus pleurae)* i przeponę, a od znalezionych stosunków zależeć będzie, czy postąpimy jedno, czy dwuczasowo.

4. Gruźlica i promienica śledziony. Jeżeli posiadamy pewność, że mamy do czynienia z gruźlicą lub promienicą pierwotną śledziony, wtedy możemy przystąpić do częściowego lub całkowitego wycięcia śledziony, zwłaszcza gdy cała śledziona, lub przynajmniej większa jej część została zajęta przez tę sprawę. Z powodu gruźlicy pierwotnej (o ile wiem) 3 razy robiono splenektomię, a z tych jedna zakończyła się śmiercią.

5. Kiła. Z powodu kiły robiono raz splenektomię, a mianowicie Maucuso w r. 1888. Pomimo pomyślnego wyniku wycięcie śledziony w tej sprawie chorobowej nie tylko nie jest wskazane, ale przeciwnie jest nawet bezcelowe, gdyż przez leczenie swoiste osiągniemy wyniki lepsze, a powtóre splenektomia usunie wprawdzie chorobowo zmienioną śledzionę, ale nie usunie choroby.

6 i 7. Torbiele nie pasorzytnicze i pasorzytnicze, tj. bąblowce, rozpoznajemy zwykle dopiero wówczas, gdy osiągną znaczniejsze rozmiary, a wtedy zawsze dają nam wskazanie do chirurgicznego zabiegu. Leczenie operacyjne (splenektomia) torbieli śledziony jest wskazana: a) w zaniku reszty miąższu śledzionowego i b) w braku zrostów z sąsiednimi narządami. Ze statystyki Hahna dowiadujemy się, że na 7 przypadków splenektomii z powodu bąblowca, 2 zakończyły się śmiercią wskutek krwotoku, powstałego z bardzo silnych zrostów z przeponą, żołądkiem i jelitami. Najczęściej jednak we wszystkich tych przypadkach wystarcza jedno lub dwuczasowe nacięcie torbiela i to zaleca się, jako operacya najmniej obrażająca, nie usuwająca choćby małej ilości tkanki gruczołowej, zdolnej do funkcyi i najmniej niebezpieczna.

8. Nowotwory łagodne śledziony zdarzają się tak rzadko, że nie mogą tu wchodzić w rachubę. W piśmiennictwie znajdujemy jedyny przypadek Homansa z Bostonu, w którym wykonano splenektomię z powodu guza, który przy badaniu pośmiertnem rozpoznano jako naczyniak jamisty. Z nowotworów złośliwych mięsaki pierwotne dają bezwzględne wskazania do splenektomii, jak tego dowodzą przypadki Billrotha, Fritscha, Flothmanna i innych (8 znanych), z których 2 zakończyły się śmiercią, w innych zaś przypadkach wystąpiły później nawroty (w przypadku Fritscha*) po 6 latach nie wystąpiły nawroty, a chora umarła na wadę serca). Rak śledziony również dawałby bezwzględne wskazanie do wycięcia narządu, gdyby pierwotny jego rozwój w śledzionie był udowodniony. Siedm rzekomych przypadków raka pierwotnego w śledzionie, według Zesasa i Chvostka, mieli spostrzegać: Bacelli (1858), a po nim Günsberg, Mosler, Jacqout, Brown, Haller i Grasset.

9. Obrzęk śledziony zimniczy. Do wskazań, wymagających splenektomii, zaliczają przerost śledziony zimniczy. W statystyce swej podaje Vanverts na 79 splenektomii z powodu zimnicy tylko 23 śmiertelnych. Po doliczeniu 54 przypadków, znanych z piśmiennictwa, a przezemnie zebranych, przekonujemy się, że liczba splenektomij, wykonanych z powodu zimniczego przerostu śledziony, wynosi 133, a z tego 34 śmiertelnych, czyli odsetek śmiertelności wynosi około 25·75%. Powszechnie przyjmują, że przy zimniczym przeroście śledziony splenektomia jest przeciwwskazaną przy: 1) zbyt daleko posuniętem charłactwie, 2) rozległych zrostach, 3) zbyt dużej śledzionie i 4) przy leukocytozie. Jonnesco, jeden z najbardziej w tym kierunku doświadczonych chirurgów, tak sądzi o tej sprawie: Operował wśród bardzo daleko posuniętego charłactwa, przy tak rozległych zrostach, że tworzyły one niemal prawdziwą „*symphysis splenoabdominalis* i *splenodiaphragmatica*“. Tak samo i wielkość śledziony nie jest przeciwskazaniem, gdyż on wycinał śledziony, których ciężar wynosił 3.350 gram., 4620 grm. i 5750 grm. Ani zrosty, ani wielkość guza nie stanowią ścisłego przeciwskazania do operacyi, jednakowoż operacya w tych warunkach bardzo trudna i ciężka dla chorego, daje mało widoków zejścia pomyślnego. Zdaniem Jonnesca, we wszystkich przypadkach zimniczego przerostu śledziony wskazanie do splenektomii istnieje, jeżeli leczenie środkami wewnętrznymi nie odniosło pożądanego skutku, gdzie ustawiczne bóle i ciągle postępujące charłactwo zagrażają życiu chorego.

Względne przeciwwskazanie do operacyi stanowić mogą: bardzo rozległe zrosty, daleko posunięte charłactwo, znaczna puchlina brzuszna, starszy wiek i leukocytoza.

Dobre wyniki, jakie Jonnesco osiągnął po wycięciu śledziony zimniczej i to nietylko bezpośrednie, ale i późniejsze, skłaniają go do zalecenia, by splenektomię wykonywać przy powiększonej śledzionie, nie powodującej nawet większych miejscowych dolegliwości, jako postępowanie ochraniające przed zakażeniem zimniczem, gdyż według Laverana śledziona jest ogniskiem, gdzie dojrzewają plasmodya (półksiężyce) i stąd dopiero przechodzą do krążenia. Na tak daleko posunięte wskazanie zgodzićbyśmy się nie mogli.

10. Białaczka. Usunięcie śledziony w przebiegu białaczki miałoby dwojaki cel: a) usunięcie choroby i b) usu-

---

*) Centralblatt für Gynaekologie (N. 52, r. 1898).

nięcie guza ciążącego. Wiemy, że białaczka zwykle występuje pierwotnie w szpiku kostnym, a zmiany w śledzionie i gruczołach chłonnych są wtórorzędnej natury. Przypadki zaś białaczki śledzionowej są tak rzadkie, że nie można jej brać pod rozwagę. Powtóre, nie wiemy, czy i w takich przypadkach wycięcie byłoby wskazane, zwłaszcza przy tak wybitnej cherze krwotocznej, gdzie krwotok czy to z powłok brzusznych, czy też ze zrostów przeponowo-śledzionowych prawie zawsze prowadzi do śmierci z krwawienia. Z piśmiennictwa wiemy, że trzech tylko chorych przetrzymało dłużej niż 12 godzin zabieg chirurgiczny, a to: w przypadku Bardenheuera, operowanym w r. 1891, chory żył jeszcze 13 dni po operacyi, Burkhardta, operowanym w roku 1890, chory żył 8 miesięcy i w przypadku Kümmla, operowanym w r. 1899, chory zmarł w 2 miesiące po operacyi. Jednak i te 3 przypadki zakończyły się śmiercią z powodu rozwijającej się białaczki i charłactwa.

Przypadku Franzoliniego nie przytaczam, gdyż według Harrisa mylnie był on zaliczony do białaczki. Wszystkie inne przypadki zakończyły się śmiercią wskutek krwotoku. Obecnie więc pod tym względem stoimy na tem samem stanowisku, na którem staliśmy w chwili, gdy splenektomia zaczęła wchodzić w życie i gdy już w r. 1856 orzekł Simon, że „w tej chorobie tego rękoczynu przedsiębrać się nie powinno, gdyż obrzęk śledziony, to tylko objaw następowy ogólnej choroby, a usunięcie tego objawu nie usunie przyczyny".

Więc przez wycięcie śledziony w przebiegu białaczki nie usuwamy wcale choroby, nie mamy żadnych widoków nie tylko na zupełne wyleczenie, ale nawet na polepszenie stanu chorego i rokowanie nasze zawsze musi pozostać jak najgorsze.

11. Białaczka rzekoma (niedokrewność śledzionowa, obrzęk śledziony pierwotny). Zagadkowe jeszcze cierpienie, nazywane przez niektórych *„anaemia splenica, splenomegalia primitiva"*, a przez innych nie odróżniane od białaczki rzekomej; według Harrisa, głównymi objawami tego cierpienia są: a) niedokrewność postępowa, idąca ręka w rękę z powiększeniem śledziony, bez powiększenia gruczołów chłonnych w ogólności, b) brak charakterystycznych cech białaczki we krwi, obok już wcześnie zmniejszonej zawartości hemoglobiny, a równocześnie zmniejszonej liczby ciałek czerwonych; według zdania Harrissa, wycięcie śledziony jest wskazane, zwłaszcza tam, gdzie guz spra wia miejscowo ogromne dolegliwości. Opierając się na tem wskazaniu, wykonano 19 razy splenektomię, z których 4 zakończyły się śmiercią. Do tych przypadków należy i nasz, powyżej opisany.

12. Przerost śledziony z zastoju i z zwyrodnienia skrobiowatego, jako schorzenia wtórorzędnego, nie nastręczają wcale wskazań do wycięcia śledziony, które nawet jest przeciwwskazane. Wszystkie splenektomie wykonane z tego powodu zakończyły się śmiercią.

13. Tętniaki tętnicy śledzionowej, które wprawdzie bardzo rzadko się wydarzają, ale zawsze, według Kehra, w piśmiennictwie są znane, dają bezwzględne wskazanie do wycięcia śledziony z rokowaniem pomyślnem, jak tego dowodzi przypadek Schality, operowany w Kijowie w r. 1895.

Zbierając pokrótce wskazania do wycięcia śledziony, stwierdzamy, że: 1. bezwzględne wskazania dają: *a)* nowotwory złośliwe, *b)* tętniaki tętnicy śledzionowej; 2) względne wskazanie dają: *a)* obrażenia podskórne, *(ruptura lienis)*, jeżeli śledziona znacznie zmieniona, pęknięcia wielokrotne, a nie jesteśmy pewni, że szwem i tamponowaniem krwotok skutecznie zatamujemy; *b)* obrażenia powikłane, jeżeli wypadnięcie trwa dłuższy czas, a następowo przyszło do zgorzeli śledziony; *c)* śledziona wędrująca, jeżeli jest znacznie powiększona; *d)* ropnie, jeżeli większa część śledziony zniszczona i jeżeli stan zdrowia chorego na to pozwala; *e)* gruźlica i promienica, jeżeli są pierwotne i większa część śledziony zajęta; *f)* torbiele pasorzytnicze i niepasorzytnicze, jeżeli reszta miąższu śledzionowego zanikła i niema zbyt silnych zrostów z narządami sąsiednimi; *g)* obrzęk śledziony zimniczy, gdy charłactwo się rozpoczyna, guz duży, dolegliwości znaczne, a leczenie wewnętrzne bez skutku; *h)* niedokrewność śledzionowa, jeżeli guz duży, a dolegliwości, choćby tylko miejscowe, znaczne. 3) Wycięcie śledziony jest przeciwwskazane w przebiegu: *a)* kiły; *b)* białaczki; *c)* przy zastoju żylnym i zwyrodnieniu skrobiowatem.

Technika operacyjna. Przygotowania są takie same, jak do każdej laparotomii. Do otwarcia jamy brzusznej najlepiej nadaje się cięcie w smudze białej. Nie wszyscy jednak chirurdzy tak postępowali. Największa część operatorów prowadziła cięcie skórne po zewnętrznej stronie mięśnia prostego lewego. Bryant prowadził cięcie od dolnego brzegu łuku żebrowego na dół nieco wypukło na przód do kolca przedniego talerza biodrowego. Langenbuch prowadził dwa cięcia: jedno w smudze białej, drugie poprzecznie od pępka na lewo. Bardenheuer używał cięcia wrotowego *(Thürflügelschnitt)*. Péan, Czerny, Rydygier, Jonnesco i inni operowali w smudze białej.

Główną rzeczą jest, by sobie stworzyć najdogodniejszy dostęp do szypułki, pooddzielać zrosty i zatamować krwotok. Z tego też powodu prawie zawsze każdy operator stawał po stronie lewej chorego. Tymczasem Jonnesco słusznie zwraca uwagę, że szypułka, której podwiązanie stanowi najtrudniejszą część operacyi, znajduje się po stronie wewnętrznej śledziony, tj. prawej, i by się do niej dostać, powinien operator stać po prawej ręce chorego. Inni zaś podnoszą, że operator, stojąc po stronie lewej, lepiej może się zoryentować co do zrostów przepony ze śledzioną. Prof. Rydygier staje po stronie prawej chorego.

Całą operacyę podzielić możemy na pięć okresów: 1. Otwarcie jamy brzusznej w smudze białej. 2. Uwolnienie śledziony ze zrostów — i to słabo unaczynionych na tępo, palcami, trzymając się otrzewnej ściennej, by nie naruszyć śledziony; — obficie zaś unaczynionych przez przecięcie po podwójnem podwiązaniu. Podczas tego zabiegu asystent podtrzymuje śledzionę, by zapobiedz uszkodzeniu szypułki. 3. Przecięcie szypułki po podwójnem podwiązaniu wspólnie tętnicy i żyły śledzionowej oraz ogona trzustki *(cauda pancreatis)*, gdyż oddzielanie tych części od siebie przedstawia znaczne trudności techniczne, a z drugiej strony mogłoby być niebezpieczne. 4. Przegląd jamy przez usunięcie śledziony powstałej i ostateczne zatamowanie krwotoku, przyczem miejsca krwawiące na otrzewnej ściennej (zwłaszcza miejsce przyczepu więzadła śledzionowo-przeponowego) najlepiej okłuć. 5. Zaszycie jamy brzusznej i założenieopa trunku.

Następstwa wycięcia śledziony. Nieustalone pojęcia o roli fizyologicznej śledziony skłaniały większą część

operatorów do szukania następstw, wynikłych z wypadnięcia jej czynności dla ustroju. Badano i szukano: 1) zmian ilościowych i jakościowych we krwi; 2) zmian w innych narządach, jako wyrazu objęcia roli zastępczej; 3) starano się oznaczyć stopień odporności ustroju na jad drobnoustrojów; 4) wreszcie badano jadowitość wydzielin. 1) Co do punktu pierwszego, większość autorów podnosi przemijające zaburzenia w wytwarzaniu się krwi, a mianowicie szybko występujące zmniejszenie się liczby ciałek czerwonych, a zwiększenie białych. Z drugiej strony jednak nie brak przypadków, w których żadnych zmian w liczbie ciałek czerwonych nie spostrzeżono, np. przypadki Trendelenburga, Jonnesca itd., wobec czego przytaczane przypadki zmniejszenia liczby ciałek czerwonych możnaby odnieść do t. zw. niedokrewności urazowej, a nie do wypadnięcia czynności śledziony, jako narządu krwiotwórczego. Spostrzeganą przez wszystkich, a również przemijającą, leukocytozę, tłómaczyćby można tak przez utratę krwi podczas operacyi, jak też i przez ograniczoną sprawę zapalną, nieodłączną od sprawy gojenia.

W przypadku, przezemnie opisanym, przyczynę tej znaczniejszej leukocytozy upatrywać było można w miejscowem ropieniu rany powłok brzusznych; natomiast niewytłómaczonem mi jest pooperacyjne zwiększenie się ciałek krwi czerwonych, stwierdzone nieomylnie przez wielokrotne dokładne badanie.

Nadto w ostatnich czasach zwrócono uwagę na stałe pojawiające się zmniejszenie odsetka hemoglobiny we krwi po splenektomii.

2. Doświadczenia na zwierzętach Zesasa, Griffiniego, Tizzoniego i innych przemawiają za tem, że nietylko gruczoły chłonne, obejmując rolę śledziony, ulegają przerostowi, ale także wytwarzają się w sieci nowe ciałka o budowie śledziony. Po wycięciu śledziony u psów znalazł Tizzoni około 80 drobnych tworów w sieci wielkiej, podczas gdy śledziona dodatkowa *(lien succenturiatum)* znajduje się zwykle w więzadle żołądkowo-śledzionowem i to najwyżej w liczbie 2 do 3 guzków, które jako twory gotowe nie okazują poszczególnych okresów rozwoju i dalszego rozrostu, jak to miało miejsce w doświadczeniu Tizzoniego.

W ślad za tem odnoszono obrzęki gruczołu tarczykowego i gruczołów chłonnych, spostrzegane niekiedy po splenektomii, do objęcia roli zastępczej przez te narządy. Vulpius uważa czasowe i to rzadkie występowanie wola po wycięciu śledziony za następstwo zaburzenia w krążeniu, jakie w najrozmaitszych narządach wystąpić może, a z powodu silnego unaczynienia i powierzchownego umiejscowienia najbardziej wpada ono w oko.

Inaczej ma się sprawa z gruczołami chłonnymi, a zwłaszcza około oskrzeli, poza otrzewną i w kresce, gdzie po utracie śledziony stwierdzono odczynowy ich obrzęk.

Co do szpiku kostnego, to liczne doświadczenia, dokonane na zwierzętach i badania, tak makroskopowe, jak i mikroskopowe, wskazują w rzeczywistości na wzmożenie jego czynności krwiotwórczej. Kilka razy po wycięciu śledziony spostrzegane u ludzi bóle w nogach mogą nasunąć przypuszczenie, że w istocie toczą się jakieś zmiany w długich kościach piszczelowych.

Znane zjawisko, że bakterye wstrzyknięte do krwi najwcześniej gromadzą się w śledzionie, naprowadziło na wniosek, że śledziona odgrywa pewną rolę w uodpornieniu na jad drobnoustrojów. I tak Tizzoni i Cattani wykazali, że królików bez śledziony nie można sztucznie uodpornić przeciwko tężcowi. Ztąd wynikałoby, że śledziona w sztucznem uodpornieniu wytwarza substancye swoiste, uodparniające. Zapatrywania te jednak są zbyt jednostronne. Doświadczenia późniejsze zdają się dowodzić, że wycięcie śledziony bynajmniej nie wpływa na przebieg sztucznego zakażenia, a w ostatnich czasach Blumenreich i Jakoby doszli do wyników, że wycięcie śledziony w zakażeniu nietylko nie szkodzi ustrojowi, lecz owszem pomaga. Dla wyjaśnienia tego wpływu badali działanie krwi zwierząt prawidłowych, oraz zwierząt bez śledziony na hodowle i toksyny bakteryjne. Otóż krew zwierząt, pozbawionych śledziony, działa silniej bakteryobójczo, niż krew prawidłowa, a na toksyny ma pozostawać bez wpływu. Wpływ ten tłómaczą leukocytozą, która w 2 do 3 dni najpóźniej występuje po wycięciu śledziony i utrzymuje się według nich 2 do 3 miesięcy.

4. Wychodząc z tego założenia, że śledziona, jak każdy inny gruczoł w ustroju, odgrywa pewną rolę w zobojętnianiu, względnie w wytwarzaniu swoistych toksyn ustroju żyjącego, badał Jonnesco toksyczność moczu przed i po wycięciu śledziony.

Doświadczenia na psach, oraz oznaczania współczynnika toksyczności moczu *(Urintoxicitäts-Coefficient)* chorych po dokonanej splenektomii wykazały, że wycięcie śledziony natychmiast obniża toksyczność moczu pod warunkiem, że niema żadnych powikłań, połączonych z gorączką.

Z powikłań, jakie w czasie pooperacyjnym wystąpić mogą, pomijam schorzenia ze strony płuc, gdyż takowe wystąpić mogą po każdym cięższym zabiegu operacyjnym i z wycięciem śledziony nie pozostają w bliższym związku. Natomiast podnieść muszę często wydarzające się po splenektomii zaburzenia nerwowe, głównie w sferze psychicznej. I tak np. Péan zauważył w obu swych pierwszych przypadkach splenektomii nerwice pod postacią u jednej lękliwości, bojaźliwości, a nawet chęci samobójstwa, u drugiej pod postacią zadumy i hipochondryi. Podobne zaburzenia spostrzegał Lewerenz i inni.

Czy spostrzeżone 5-go dnia po operacyi w naszym przypadku objawy natury obłędowej, utrzymujące się przez 10 dni następnych, zaliczyć należy do tej samej kategoryi zaburzeń psychicznych w następstwie wycięcia śledziony, czy też złożyły się na to inne czynniki, jak długotrwałe charłactwo zimnicze, osłabienie z powodu umyślnego głodzenia się ze strony chorego przez kilka pierwszych dni, lub może wpływ jodoformu, w rozstrzygnięcie tego pytania wdawać się nie mogę.

Na tem miejscu uważam za obowiązek wyrazić szczere podziękowanie Radcy dworu Prof. Rydygierowi za zachętę i pomoc przy opracowaniu niniejszej rozprawy, oraz za odstąpienie materyału, a Drowi Hermanowi za udzielone mi życzliwie wskazówki.

Piśmiennictwo. Schultz F.: Wyrżnięcie śledziony u kobiety z pożądanym skutkiem. (Tyg. lek. 1855. IX. 249.). Jawurek H.: Odjęcie śledziony u dziecka 4-letniego. (Tyg. lek. 1863. XVII. 82.). Le Brun A.: Przypadek wycięcia śledziony. (Prot. pos. P. T. L. W. 1863. L. 473.). — Odjęcie śledziony. (Prot. pos. P. T. L. W. 1864. LI. 401.). Dobieszewski: Wycięcie śledziony (referat zbiorowy). (Klin. 1867. II. 199.). Pietrzycki: Odjęcie śledziony, wyleczenie. (Przegl. lek. 1874. XIII. 69.). Goldhaber: Wypadnięcie częściowe śledziony, odcięcie takowej; wyzdrowienie. (Przegl. lek. 1877. XVI. 427.). Biziel J.: Wycięcie śle-

dziony z powodu białaczki. (Przegl. lek. 1885. XXIV. 191.). Orłowski W.: Wycięcie śledziony. (Gaz. lek. 1887. VII. 17.). M. Schultz: Zur Behandlung chronischer Milztumoren. (Inaugural-Dissertation. Greifswald 1874.). Hahn: Ueber Splenectomie bei Milzechinococcus. (Deutsche med. Woch. 1895. Nr. 28.). Schalita (Kijów): Ueber Milzexstirpation. (v. Langenbeck Archiv für Chir. Bd. XLIV. Hft. 3.). Postempski: Estirpazione di milze malarica (Ref. Cntrbltt. für Chir. 1895. str. 319.). von Beck: Subcutane Milzruptur. Milzexstirpation. (Münch. med. Woch. 1897. Nr. 47.). Credé: Ueber Exstirpation der kranken Milz am Menschen. (Arch. f. kl. Chir. 1887. Bd. 28.). R. Asch: Ein Beitrag zur Frage der Milzexstirpation. (Münch. med. Woch 1889. Nr. 2.). R. Savor: Fall von Milzexstirpation während der Schwangerschaft wegen traumatischen Milzruptur. (Centrbl. für Gynaekologie. 1898. Nr. 48.) G. Adelmann: Die Wandlungen der Splenectomie seit 30 Jahren. (v. Langenbeck Arch. f. Chir. Bd, XXXVI. 22.). O. Vulpius: Beiträge zur Chirurgie und Physiologie der Milz. (Beitr. zur. klin. Chir. XI. 3 Hft. 1894.). Trendelenburg: Ueber Milzexstirpation etc. (Deutsche med. Woch. 1899. Nr. 40, 41.). Krabbel: Ueber Milzexstirpation wegen subcutaner Zerreissung der Milz. (Deutsche med. Woch. 1899. 36.). Rydygier: Die Behandlung der Wandermilz durch Splenopexis (Wien. klin. Woch. 1894 Nr. 24.). Sykoff: Ueber die Behandlung der Wandermilz durch Splenopexie. (v. Langenbeck Arch. f. klin. Chir. LI. Hft. 3.). Stierlin: Ueber die chirurgische Behandlung der Wandermilz (Deutsche Zeitschr. f. Chir. Nr. 45. Hft. 3. 4.). A. Nannotti: Beitrag zum Studium der Indicationen der Milzexstirpation bei Malaria. (Policlinico 1897. Ref. im Cntrbl. für Chir. 1898. str. 140). J. Homans: Angioma of spleen. (Ref. Cntrbl. f. Chir. 1898. str. 141). Vanverts: De la splenectomie. 1897. (Ref. Cntrbl. f. Chir. 1898. str. 601.). F. Lancetti: Splenectomie per milza malarica. (Ref. Cntrbl. f. Chir. 1898. str. 612). M. Jordan: Conservative Milzchirurgie. Eine Methode, um einen Theil der Milz ohne Blutverlust zu exstirpieren. (Münch. med. Woch. 1898 Nr. 7) Karewski: Ein Fall der traumatischen Milznekrose. (Deutsch. med. Woch. 1901. Nr. 1). Jordan: Ueber die subcutane Milzzerreissung u. ihre operative Behandlung. (Münch. med. Woch. 1901. Nr. 3). D'Arcy-Power. Succesful removal of. an enlarged and displaced spleen. (Brit. med. journ. 1900 Ref. Cntrbl. f. Chir. 1900. Nr. 12. str. 340). V. Subbotić: Beiträge zur Pathologie u. chirurgischen Therapie einiger Erkrankungen der Milz. (Deutsch. Zeitsch. f. Chir. LIV. 5. 1900). M. Spandow: Die Milzexstirpation. Inaug. Dissert. Berlin 1889). E. Gottschalk: Zur Frage der Milzexstirpation. (Dissertation. Ahrweiler 1893). v. Burckhardt: Ueber Milzexstirpation bei Leucaemie u Pseudoleucaemie. (v. Langenbeck Arch. für Chir. XLIII 4. 1892.). Janz: Zur Operation der leucaemischen Milz. (Beitrag zur klin. Chir. XXIII. Bd. 2. 1899.). D. G. Zesas: Ueber Exstirpation der Milz am Menschen u. Thiere (von Langenbeck Arch. f. Chir. XXVIII. 1). Fr. Chwostek: Ueber Milztumoren. (Wiener Klinik 1879. Hft 9). Tedeschi: Gibt es eine Erneuerung des Milzgewebes nach Entfernung dieses Organs. (Gior. degli. osp. N. 97. Ref. Münch. med. Woch. 1897. N. 2). Th. Jonnesco: Ueber Splenektomie. (Arch. f. kl. Chir. LV. 2. 1897). Plücker: Ueber Milzexstirpation wegen subcutaner Zerreissung des Organes. (Deutsche med. Woch. 1899. Nr. 36). Madlener: Ueber Milzexstirpation wegen subcutaner traumatischen Ruptur. (Münch. med. Woch. 1899. N. 43). A. Llobet: Splenectomie totale dans un cas de déplacement et d'hypertrophie de la rate avec cancer primitif du pedicule. (Ref. Centrbl. f. Ch. 1900. Nr. 27). R. Bartz: Ueber Milzexstirpation. (Deutsch. med. Woch. 1899. Nr. 11). Ballance: On splenectomy for ruptury withoud external wound. (Ref. Centrbl. f. Chir. 1898. str. 797). J. Jovanovic: Ein Fall von dislocirter u. adhaerenter Milz. Splenectomie. (Ref. Cntrbl. f. Chir. 1898. str. 1264). L. Blumenreich u. M. Jakoby: Ueber die Bedeutung der Milz bei künstlichen u. natürlichen Infectionen. (Zeitschr. f. Hyg. w. Infectionskrankh. 29 Bd. Hft. 3). Lewerenz: Ueber die chirurgische Behandlung subcutaner Milzrupturen. (Arch f. kl. Chir. LX. 4. 1900). H. Kehr: Die Verletzungen u. chirurgischen Erkrankungen der Leber, der Gallenwege, der Milz und der Bauchspeicheldrüse. (Handb. d. prakt. Chir. 18 Lief.). Jonnesco u. Michajlowski: Splenectomie. (XIII. Internat. med. Congress zu Paris. (Ref. M. med. Woch. N. 35. 1900). M. Harris u. M. Herzog: Über Splenectomie bei Splenomegalie primitive (*anaemia splenica*). (Deutsche Zeitschrift f. Chir. LIX 5. u. 6. 1901).

III. Wyciągi.

Sonnenburg. **Zapalenie wyrostka robaczkowego.** *(Deutsche Klinik am Eingange des XX. Jahrhunderts* 1901, Lief. 22—24.) Pierwszy ostry napad zapalenia wyrostka robaczkowego nie odpowiada początkowi choroby, lecz jest już okresem lub nasileniem w jej przebiegu. Dlatego też przy pierwszym typowym napadzie znajdujemy już przedziurawienie lub nawet zgorzel wyrostka robaczkowego, połączone często z ograniczonem ropieniem w jego otoczeniu. Tylko wtedy, jeżeli lekarze zdołają w każdym przypadku zapalenia wyrostka rob. zrobić dokładne rozpoznanie anatomo-patologiczne, możebnem będzie osiągnąć ogólne porozumienie się co do leczenia wyczekującego i co do wskazań do zabiegów operacyjnych w różnych postaciach tej choroby. Dlatego musimy się wyćwiczyć z przebiegu choroby i objawów klinicznych nie tylko rozpoznawać rodzaj choroby, lecz ściśle oznaczyć zmiany anatomiczne w wyrostku, które wskażą nam najwłaściwszą drogę do leczenia. Zapatrywania swoje skreśla autor w następujących twierdzeniach.

1. Przypadki, które wymagają rychłego wkroczenia operacyjnego, należą prawie wyłącznie do postaci zgorzelinowego zapalenia wyrostka. Występuje tu szybko szerzące się zapalenie rozlane, które jako takie, lub przez równoczesne działanie jadów, zabija chorego. Rozpoznanie tej postaci zapalenia wyrostka polega na następujących objawach klinicznych: pacyent robi wrażenie ciężko chorego; występują znaczne zaburzenia stanu ogólnego, wysoka gorączka, bardzo częste i liche tętno, miejscowa bolesność i brak oporu: przytem objawy ogólnego zadrażnienia otrzewnej, tudzież wzdęcie brzucha. Przy nacięciu w tych przypadkach znachodzimy wyrostek, uległy zgorzeli, otoczony wypociną nieotorbioną, oraz objawy zapalenia szerzącego się na otrzewnę.

2. Gwałtowny początek choroby, wysoka ciepłota i odpowiadające jej częstością swą tętno, mniejsze zaburzenia stanu ogólnego, mierna bolesność miejscowa z wyraźnym naciekiem, nieznaczne zajęcie reszty jamy otrzewnej każą nam rozpoznać przebicie wyrostka robaczkowego. Występuje tu wysięk otorbiony, przytem ograniczone zapalenie otrzewnej, które powoli ustępuje. Jeżeli zaś to ograniczone zapalenie otrzewnej się nie zmniejsza i gorączka nie ustępuje, tworzą się dalsze powikłania ze strony ogniska zapalnego i operacya w każdym razie jest wskazana.

3. Jeżeli bez podniesienia się ciepłoty i bez znacznego wzmagania się tętna powstaje wśród boleści opór w okolicy kiszki ślepej, przytem stan ogólny niczem nie zachwiany, to rozpoznajemy zwyczajne zapalenie wyrostka, bez zgorzeli i bez przedziurawienia, t. zw. »*Appendicitis simplex*«. W tych przypadkach należy leczyć wyczekująco, a po kilku dniach zapalenie ustąpi.

4. Tylko tam, gdzie wśród tych samych objawów klinicznych istnieje gwałtowna bolesność w dołku biodrowym, możemy rozpoznać »*Appendicitis simplex*« z otokiem wyrostka (*empyema*) i tu operacya jest wskazana, zwłaszcza jeżeli boleści i gorączka jeszcze się wzmagają, co oznacza, że otok grozi pęknięciem, połączonem z niebezpieczeństwem dla chorego.

Podczas napadu więc należy operować zawsze i wcześnie w przypadkach zgorzelinowego zapalenia wyrostka; w przypadkach przedziurawiającego zapalenia tylko wtedy, jeżeli objawy się wzmagają i powstają powikłania; wreszcie w przypadkach otoku wyrostka, zwłaszcza jeżeli ten grozi pęknięciem. Natomiast we wszelkich innych przypadkach należy operować w okresie wolnym. Tu należy rozróżnić dwie gromady chorych, którzy po luźnych, bolesnych napadach nigdy nie są zupełnie wolni od dolegliwości i chorych, którzy również przebyli liczne napady, lecz od tego czasu są zupełnie wolni od wszelkich dolegliwości i boleści. Chorzy pierwszej gromady z powodu ciągłych dolegliwości nie mogą się dobrze odżywiać i okazują przy operacyi tylko nieznaczne zmiany samego wyrostka, lecz w całem otoczeniu rozległe zrosty otrzewnej z jelitami i jelit ze sobą. Natomiast u chorych, wolnych od dolegliwości, znajdujemy często najzawilsze i najniebezpieczniejsze zmiany chorobowe samego wyrostka z owrzodzeniem i kamykami kałowymi. Są jednakże i wyjątki z tej reguły. Co się zwykle w wolnym okresie wyczuwa za wyrostek robaczkowy, po większej części są to tylko zrosty; sam wyrostek wyczuwa się zaledwo w wyjątkowych przypadkach. Chory, który jest obarczony przewlekłem cierpieniem zapalenia wyrostka robaczkowego, powinien go sobie dać wyciąć, bez względu na to, czy dolegliwości są ciągłe, czy tylko przemijające. Jeżeli zważymy, jak długie przerwy między ostrymi napadami się zdarzają (10—12 lat), można rzeczywiście tylko tego uważać za zupełnie uleczonego, któremu usunięto burzyciela spokoju.

Przy leczeniu wewnętrznem podczas napadu stosuje S. morfinę zamiast makowca, bo ten ostatni wywołuje porażenie jelit, uniemożliwiające kontrolę zapalnej części kiszki. Tylko jeżeli morfina nie skutkuje, wstrzykuje on 20 kropel nastoju makowca do odbytnicy. Dla zwalczenia miejscowej bolesności zaleca S. raczej ciepłe okłady, niż worek lodowy, bo znaczne ochłodzenie brzucha utrudnia wessanie, gdyż zimno zniża w znacznym stopniu pobudliwość włókien nerwowych i mięśniowych ścian jelita. Tylko jeżeli ciepłe okłady nie odnoszą skutku uśmierzającego, stosuje on worek lodowy. W pierwszych 24 godzinach wskazanem jest wstrzymanie się od wszelkich pokarmów, w celu uniknięcia wymiotów: dla ugaszenia pragnienia dodaje się małe kawałki lodu lub nieco zimnej herbaty. Jeśli istnieje wielka skłonność do wymiotów, należy ograniczyć się na płókaniu ust. Natomiast zaniechać trzeba podawania leków przez usta. Jeżeli w dniach następnych sprawa się umiejscowi, najlepiej podawać mleko i mocne rosoły w małych dawkach, najwyżej 50 ctm.^{3}, w dwugodzinnych przerwach. W razie poprawy stanu ogólnego postępujemy powoli z żywieniem chorego, a w celu wypróżnienia stosujemy czopki glicerynowe lub lewatywę z oliwy. *Dr. J. Fels.*

J. Winterberg. **O przewlekłych chorobach stawów i ich leczeniu.** (*Wiener Klinik* 1901, Zeszyt XII). W piśmiennictwie, dotyczącem przewlekłych chorób stawów panuje znaczna różnica zdań i dlatego W. podjął się, celem rzucenia światła na tę sprawę, zestawić całokształt ostatnich prac w tym kierunku. Na tej podstawie dochodzi do wniosku, że należałoby, uwzględniając różne przyczyny tych schorzeń, porzucić nazwę przewlekłego gośćca stawowego, a zastąpić ją właściwszem mianem przewlekłego zapalenia stawów. Możemy bowiem wyróżnić, ze względu na bodźce neuropatyczne, t. zw *arthropathia* w wiądzie rdzenia, syringomyelii i w zastarzałych porażeniach połowiczych, dalej przewlekłe zapalenie wywołane przez gonokoki, zapalenie stawów przymiotowe i gruźlicze, oraz szereg przypadków spowodowanych najprawdopodobniej przez drobnoustroje ostrego gośćca stawowego: następnie gromadę bardzo zbliżoną do poprzedniej, lecz mającą prawdopodobnie zupełnie swoiste bodźce, które w początkach dają obraz podobny do ostrego gośćca, a działając stale wywołują przewlekłe zniekształtniające zmiany w stawach. Podobnie przebiegają też zapalenia w przebiegu grypy. Do tej kategoryi należą dość rzadkie schorzenia stawów wieku dziecięcego, które najprawdopodobniej bywają spowodowane prątkami Banatynea i Wohlmanna. Zresztą zaś w wieku tym częste jest tło przymiotowe i gruźlicze. Griffiths opisuje rodzaj rzadkiego schorzenia, zwanego *Arthritis ossificans* u niemowląt w pierwszych miesiącach życia. W końcu opisywany przez autorów *Rheumatismus nodosus infantum* pojawia się z małymi wyjątkami przed 14-tym rokiem życia i polega na występowaniu, — po wygaśnięciu ostrego okresu zapalenia, — guzków, zrazu włóknistych, z czasem wapniejących i kostniejących, usadowionych wśród ścięgien, więzadeł, błon omięsnych, okostnych i ochrzęstnych. Guzki te mogą z czasem rozpadać się tłuszczowo i przez wessanie znikać. Cierpienie trwa przez szereg miesięcy i często połączone jest z pląsawicą i wadami serca.

Leczenie, polecane przez chirurgów, polega na otwarciu lub wycięciu stawów, na wstrzykiwaniach mięszanki gwajakolowo-jodoformowo-glicerynowej, albo na procedurach ortopedycznych. Inne sposoby muszą być tylko objawowe i zmieniać się w różnych fazach cierpienia. Preparaty salicylowe mają działanie przemijające, tak samo laktofenina (Lachmańsky). Lancereaux poleca jodotyryn (0·5—6·0 dziennie stopniowo), von Noorden, Leyden, Goldscheider i König podają wewnętrznie jod i stosują nalewkę jodową zewnętrznie. Inni polecają: *methylum salicylicum*, prąd elektryczny, gorące okłady, sztucznie wywoływane przekrwienia bierne (Bier), oraz kąpiele borowinowe. Autor przedstawia pomyślne wyniki, otrzymywane po stosowaniu kąpieli z wyciągiem borowinowym Mattoniego, które zdaniem jego powinny znaleźć obszerne zastosowanie.

Dr. M. Blassberg.

Jarocki. **Kliniczne metody oznaczania ciśnienia krwi.** (*Russk. Arch. patol., kl. medic. i bakter.* 1901, t. XII. r. 4). Przyrządy v. Bascha, Riva-Rocci i Gartnera nie wykazują bezwzględnych liczb ciśnienia krwi, oprócz tego za pomocą tych przyrządów nie oznaczamy średniego ciśnienia krwi w naczyniach, lecz maksymalne. Ważną więc jest rzeczą posiadać takie przyrządy, któreby dawały możność oznaczania bezwzględnej wysokości średniego ciśnienia krwi, nie zaś tylko o ile ono podniosło się i obniżyło. Temu zadaniu, według J., zadość czyni sfigmometr Hill-Barnarda. Składa się on ze skórzanej bransolety, którą nakłada się na część barkową górnej kończyny; wewnątrz bransolety znajduje się kauczukowa poduszeczka, połączona z pompą powietrzną i z manometrem metalowym. Nałożywszy bransoletę pompujemy za pomocą tłoczka powietrze do przyrządu; natychmiast wskazówka manometru zaczyna wykonywać ruchy tętniące. Gdy tętnienie dojdzie na wskaźniku do najwyższej liczby, ciśnienie, które wykazuje manometr, odpowiada według praw fizycznych ciśnieniu w tętnicy. Przy dalszem wtłaczaniu powietrza ruchy wskaźnika zaczynają maleć i nakoniec ustają. Wypuszczając powoli powietrze z przyrządu, znowu otrzymujemy wahania w manometrze, zwiększające się do *maximum*. W ten więc sposób można sprawdzić poprzednio otrzymaną wysokość ciśnienia krwi. Oznaczenie należy prowadzić szybko, w ciągu najmniej 1—2, aby uniknąć zastoju w żyłach. Tym więc przyrządem otrzymujemy średnie ciśnienie w tętnicy barkowej, wtenczas gdy sfigmomanometr Riva-Rocci oznacza ciśnienie maksymalne w tętnicy pachowej. Liczby w przyrządzie Hill-Barnarda, jak wykazują badania J., odznaczają się stałością. Najwyższe ciśnienie (160 mlm.) znalazł J. w przypadku przewlekłego zapalenia nerek, najniższe (60 mlm.) w przypadku włóknikowego zapalenia płuc w okresie przełomu. *Witold Orłowski.*

Swenson. **Przemiana gazów u chorych na raka.** (*Russk. Arch. patol. klin. med. i bakter.* 1901. t. XII. Z. 4). Badając, oprócz wymiany azotowej, jeszcze wchłanianie się tlenu i wydzielanie się CO^2 u chorego na raka wpustu żołądka, Swenson przyszedł do przekonania, że w charłactwie rakowem wzmaga się nie tylko znacznie przemiana białkowa wskutek rozpadu białka tkanek, lecz jeszcze silniej podnosi się zużycie połączeń bezazotowych, przeważnie tłuszczu. — Przemianę gazową oznaczał S. za pomocą przyrządu Zuntz-Sepporta. Doświadczenia były wykonane naczczo w 14—16 godz. po ostatnim pokarmie i trwały każdorazowo $^3/_4$ godziny, składając się z 2 części; wyniki uznawano za niezbite, jeśli różnica między 2 oznaczeniami była niżej $5^0/_0$. *Witold Orłowski.*

Lintwarew. **Rola tłuszczów przy przechodzeniu zawartości żołądka do jelit.** (*Rozpr. dokt. Petersb.* 1901). L. przeprowadził w pracowni prof. Pawłowa szereg doświadczeń na 2 psach ze sztucznemi przetokami: jeden z nich miał przetokę w dnie żołądka i w odźwiernikowej jego części, drugi zaś w żołądku i w dwunastnicy. Przedmiotem badań autora było oznaczenie wpływu tłuszczów na opróżnienie żołądka z jego treści. Wlewając do dwunastnicy oliwę prowancką lub inne tłuszcze, L. wprowadzał następnie do żołądka 200 ctm sz. wody i oznaczał, ile wody pozostało po 10'. W innych doświadczeniach tłuszcz i wodę wprowadzano przez przetokę w dnie żołądka, lub wlewano wodę przez przetokę w dnie, a olej przez przetokę odźwiernikową. Wszystkie te doświadczenia wykazały zgodnie, że tłuszcze zatrzymują niedługo (1—$2^1/_2$ godz.) przejście treści żołądka do jelit. Podobny wpływ następuje drogą odruchu w dwunastnicy i trwa tem dłużej, im więcej wprowadzono tłuszczu. Białko kurze, skrobia i cukier, naodwrót, nie mają żadnego wpływu na szybkość przedostawania się treści żołądkowej do jelit.

Witold Orłowski.

L. Marchand. **Neuroglia w porażeniu ogólnem.** (*La Presse médicale* 1901, Nr. 65). Na podstawie bardzo licznych badań preparatów, barwionych wszystkimi nowszymi sposobami, dochodzi autor do wniosku, że w początkach porażenia ogólnego prawie zawsze można spostrzegać bujanie neuroglii, wybitne zwłaszcza w niektórych okolicach, oraz równoczesne obfite nagromadzenie się, jak gdyby naciek, okrągłych komórek w sąsiedztwie naczyń. Zmian pierwotnych w komórkach nerwowych M. nie spostrzegał i dlatego nie przychyla się do zapatrywania innych autorów, jakoby one pierwotnie się pojawiały w porażeniach ogólnych. Prawdopodobnie tedy równocześnie zajętą jest w przebiegu przewlekłego zapalenia mózgu zarówno tkanka nerwowa, jak i neuroglia. Zmiany te wywołuje jad, w ustroju powstały, który równocześnie obniża zdolność życiową komórek nerwowych i drażni tkankę łączną, pobudzając ją do bujania. *Dr. M. Blassberg.*

Leredde. **Wskazania do leczenia światłem wilka i ograniczonych chorób skórnych twarzy.** (*La Presse médicale* 1901, Nr. 72). Dla wyzyskania bakteryobójczych własności promieni fioletowych i pozafioletowych w celach leczniczych używa Finsen przyrządu z lampą łukową o 60—80 amperach. Przyrząd Lortota i Genouda, o którego dobroci autor na podstawie własnego doświadczenia się przekonał, posiada lampę o sile tylko 10—20 amperów, przyczem przez usadowienie chorego możliwie blizko źródła światła unika się straty promieni, zachodzącej w przyrządzie Finsena. Leczenie wilka światłem jest bezwarunkowo wskazane, zwłaszcza jeśli użycie innych środków, jak przyżegań, nasiekań i t. d. nie dało pomyślnych wyników. Tak samo wskazane jest użycie w innych uporczywych cierpieniach skóry, jak naprzykład przy wilku rumienicowym, znamieniu naczyniastem płaskiem (*Naevus vascularis planus*), oraz w rozległej figówce, która przeszła już w głębsze warstwy skóry. Przy wyłysieniu nie miał autor zachęcających wyników; w leczeniu trądzika rzadko należałoby się uciekać aż do tego długiego sposobu. Nabłoniaki twarzy należy jak najenergiczniej leczyć sposobem chirurgicznym, a fototerapia powinna być w tych przypadkach wykluczona. *Dr. M. Blassberg.*

IV. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 26 grudnia.

* Prof. Pešina (Praga), sekretarz generalny Słowiańskiego Komitetu lekarskiego, otrzymał urzędowe zawiadomienie, że na rosyjskich Zjazdach lekarskich i przyrodniczych wszystkie języki słowiańskie zostały ukazem ministra spraw wewnętrznych, równouprawnione.

* Od Komitetu organizacyjnego II-go międzynarodowego Kongresu prasy lekarskiej otrzymaliśmy zawiadomienie, że zebranie się tego kongresu, które miało się odbyć w Brukseli roku bieżącego, zostało odłożone na rok przyszły. Komitet informuje, że przyczyna tego odłożenia tkwi w niemożności doprowadzenia do zgodnego porozumienia się w sprawie organizacyi międzynarodowego Stowarzyszenia prasy lekarskiej.

Z naszego stanowiska należy przypomnieć okoliczności następujące: w r. 1899 odbył się w Paryżu I-szy międzynarodowy kongres prasy lekarskiej; na kongres ten nie otrzymali zaproszenia przedstawiciele prasy lekarskiej czeskiej, polskiej, kroackiej i t. d. Ponieważ ten kongres prasy lekarskiej odbywał się podczas XIII-go międzynarodowego kongresu lekarskiego, więc obecne w Paryżu zarządy komitetów narodowych: polskiego i czeskiego, założyły protest przeciw tego rodzaju zapoznawaniu. Obeznanie się jednak z treścią rozpraw na posiedzeniach kongresu prasy lekarskiej, przekonanie się mianowicie, że inicyatorowie tego kongresu, dziennikarze francuscy, wyrugowują pierwiastek duchowy z celów międzynarodowego Stowarzyszenia prasy lekarskiej, a promują zamiary niejako syndykackie, ostudziło znacznie zapał należenia do międzynarodowego Stow. prasy lekarskiej.

O ile nam wiadomo, protest polski i czeski pozostały bez odpowiedzi. Otrzymawszy wyżej przytoczone zawiadomienie od Komitetu organizującego II. Zjazd prasy lekarskiej w Brukseli, wystylizowane jakby w »ciągu dalszym«, nie wiemy, czy to ma być właśnie odpowiedź na protesty? nie wiemy również, czy redakcye innych czasopism lekarskich, polskich i czeskich otrzymały podobny dokument, a ułatwiłoby to zoryentowanie się w tej sprawie. W każdym razie polska prasa lekarska mogłaby przystąpić do Stowarzyszenia międzynarodowego prasy lekarskiej tylko jako jednostka zbiorowa, zatem musiałaby poprzednio stowarzyszyć się u siebie w domu, a czy to w naszych stosunkach kiedy nastąpi?

* Wydział krajowy uchwalił przedstawić mającemu sie zebrać w najbliższym czasie Sejmowi wniosek, domagający się pełnomocnictwa do rozszerzenia Zakładu dla obłąkanych w Kulparkowie kosztem 857,000 koron. Wydział krajowy uważa za niezbędne: 1) wybudowanie 7 pawilonów na pomieszczenie 500 umysłowo-chorych nieuleczalnych; 2) dwóch domów na pomieszkania dla lekarzy i urzędników, oraz na rozszerzenie urządzeń gospodarskich Zakładu kulparkowskiego.

* Doc. dr. Leon Kryński mianowany został prof. nadzwycz. Uniw. Jag.

* Stopień doktora wszechnauk lekarskich w Uniw. Jag. otrzymał Włodzimierz Skórski.

* Niektórzy lekarze krakowscy otrzymali w ostatnich dniach imienne zaproszenie Komitetu urządzającego do wzięcia udziału w XI-tym Zjeździe przyrodników i lekarzy rosyjskich, który odbędzie się w Petersburgu od 20 do 30 grudnia (st. st) b. r.

* Dnia 21 b. m. odbyła się w Uniw. lwowskim promocya Dra Wacława Moraczewskiego. Promocya ta na stopień doktora wszechnauk lekarskich nastąpiła po zadośćuczynieniu prawem przepisanej nostryfikacyi dyplomu szwajcarskiego.

* Budynki warszawskiego szpitala Dzieciątka Jezus zostały ubezpieczone na kwotę 2,000,000 rubli. Roczna opłata wynosi 1500 rubli.

* Prof. Przybytek mianowany został członkiem Rady lekarskiej przy ministerstwie spraw wewnętrznych w Petersburgu.

* Dr. Kirstein wydał «Przewodnik dla służby, trudniącej się desinfekcyą« (Berlin, nakładem Juliusza Springera). Autor ułożył całą instrukcyę w formie pytań i odpowiedzi; wymienia on wszystkie środki desinfekcyjne i wyjaśnia sposoby ich używania.

* W Londynie zawiązał się Komitet w celu kształcenia ociemniałych w sztuce mięsienia. Ze względu na wysoko rozwinięty zmysł dotyku u ślepych, należy przypuszczać, że są oni szczególnie i wyjątkowo uposażeni do tej czynności.

* Ospa w Londynie ciągle wzrasta. Dnia 20 listopada było leczonych w szpitalu osób 421; przeciętna dzienna liczba zachorowań wynosi 37. Ten stan rzeczy zapewne wywoła rewizyę wydanej przed paru laty ustawy, czyniącej obowiązkowe wówczas szczepienie ospy warunkowem, co spowodowało tak fatalne następstwa.

Mianowania i odznaczenia. Order żelaznej korony III. klasy otrzymał prof. Grzegorz Ziembicki. Dr. Gilbert mianowany został profesorem terapii w Paryżu, jako następca profesora Landouzy, który objął kierownictwo kliniki lekarskiej prof. Jaccoud.

Nekrologia. Dr. Józef Piotrowski zmarł w Brześciu Kujawskim, licząc lat 43.

Bibliografia:

— *Medycyna* Nr. 51. Palmirski i Karłowski: Wyniki szczepień ochronnych według metody Pasteura w roku 1900. Biro: O padaczce.

— *Pamiętnik Towarzystwa lekar. Warszawskiego* Z. II. Rencki: O czynności żołądka przy wrzodzie i zwężeniu dobrotliwem po zabiegach operacyjnych. Sławiński: Anatomia patologiczna i patogeneza żylaków (c. d.).

— *Kronika lekarska* Nr. 23. Wojciechowski; Leczenie przymiotu za pomocą merkuriolu Blomquista w workach. Flatau i Koelichen: O zapaleniu rdzenia (c. d.).

— *Przegląd felczerski* Nr. 3. R.: Różniczkowe rozpoznawanie ciąży prawidłowej od innych stanów chorobliwych i ciąży patologicznej. G: Wskazówki do postępowania przy wykonywaniu operacyi. L.: O krwawieniu i sposobach tamowania krwi (c. d.). R.: Szczepienie ochronne krowianki (dok). Frejlich: Pielęgnowanie chorych (c. d.) Kohn: O wyjmowaniu zębów (dok.).

— *Sbornik klinický* Nr. 2. Zabradnicky: O primárních resekcích při gangraencsních kýlách uskřinutých. Šamberger: Příspěvek k nauae o syfilitické anaemii se zvláštním ohledem na zmeny krve a urobilinurii. Skalička: O umístění oparu pásového. Svehla: Nové symptomy fissurae ani. Krahulik: Ischias scoliotica.

— *La Presse médicale* Nr. 100. Josias i Tollemer: Chłoniak złośliwy uogólniony, wychodzący z migdałków, u 9-letniego dziecka. Hirtz i Delamare: O postaci durowej ogólnego zakażenia gronkowcami. — Nr. 101. Garnier i Dupré: Przeobrażenie osobowości, zdziecinniałość umysłowa, występująca napadowo.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 51. Chrobak: O bezpłodności. Foges: Przerost sutka prawidłowego i dodatkowego podczas ciąży. Hauschka: Przypadek pierwotnej wstępującej gruźlicy narządu płciowego. Neugebauer: Znieczulenie rdzenia tropokokainą.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 51. Loeffler: Higiena produktów mlecznych. Ehrlich: Ciała ochronne krwi (c. d.). Pfeiffer: O uodporniającem działaniu »choleraamboceptorów« na mątwiki cholery (dok.). Unger: Gonokoki we krwi cierpiących na ogólne rzeżączkowe zapalenie stawów. Pawy: Cukrzyca doświadczalna.

Redakcya otrzymała: A. Sokołowski: Wykłady kliniczne chorób dróg oddechowych. Wł. Janowski: 1) Teodor Dunin. 2) Znaczenie rozpoznawcze i rokujące krwawych wymiotów. Lachs: 1) Ginekologia u Celsusa. Przyczynek do historyi ginekologii. 2) Die Temperaturverhältnisse bei den Neugeborenen in ihrer ersten Lebenswoche.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Od Administracyi.

W celu uniknięcia zwłoki w przesyłce pisma uprasza się o wczesne przesyłanie przedpłaty i o dokładne zawiadomienie o wszelkiej zmianie adresu.

PP. prenumeratorów, którzy zalegają w opłacaniu przedpłaty za rok przeszły, uprasza się o rychłe uregulowanie rachunku.

OD ADMINISTRACYI.

Pp. prenumeratorów, którzy zalegają w opłaceniu przedpłaty za rok przeszły, uprasza się o rychłe uregulowanie rachunków.

„Przegląd lekarski" rozpoczyna z dniem 1 Stycznia 1901 r. czterdziesty rok swego istnienia i wychodzić będzie, jak dotąd, najreguralniej co soboty, w objętości co najmniej 2 arkuszy druku.

Mając na względzie potrzeby lekarzy praktycznych, zamieszcza »Przegląd lekarski« w swoich łamach: *I. Artykuły oryginalne z klinik, szpitali krajowych i zagranicznych z zakresu wszystkich gałęzi nauki lekarskiej. II. Oceny i sprawozdania z najnowszych prac i podręczników. III. Wyciągi i streszczenia prac oryginalnych, publikowanych w kraju i zagranicą. IV. Zapiski lecznicze i nowe leki. V. Felieton zajmujący się ważnemi sprawami tyczącemi się stanu lekarskiego i medycyny publicznej. VI. Korespondencye. VII. Wiadomości zawodowe i statystyczne. VIII. Wiadomości bieżące i bibliograficzne.*

Jako organ Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich zamieszcza Przegląd lekarski Sprawozdania z posiedzeń Towarzystwa lek. krak. i wszystkich sekcyj Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Jako organ obu Izb lekarskich (wschodnio- i zachodnio-galicyjskiej) ogłasza sprawozdania z posiedzeń Wydziału i pełnych posiedzeń izbowych i tym sposobem, obok artykułów treści ściśle naukowej, informuje czytelnika o najważniejszych sprawach cały stan lekarski obchodzących.

Przez zaprowadzenie okładki oddzielono część redakcyjną od inseratów.

Wszystkie prace umieszczane w ***Przeglądzie lekarskim***, tak oryginalne, jakoteż nieoryginalne są płatne (40 koron za arkusz druku).

Administracya uprasza jak najuprzejmiej Szanownych Prenumeratorów o rychłe nadsyłanie prenumeraty na rok 1901, najlepiej wprost do biura ***Administracyi „Przeglądu lekarskiego" Kraków. ul. Podwale L. 9.***

Przedpłata na rok 1901 wynosi: w Austryi 20 koron, w Królestwie Polskiem i Cesarstwie Rosyjskiem 7 rubli, w Niemczech 16 marek, we Francyi 30 franków.

Zwracamy zarazem przy tej sposobności uwagę Szanownych Członków korespondentów Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, iż według obowiązującego statutu winni ***Przegląd lekarski*** abonować ***bezpośrednio w Administracyi.***

Członkowie Towarzystwa lekarzy galicyjskich pobierają „Przegląd lekarski" w Administracyi, **wnoszą zaś prenumeratę** za pośrednictwem Towarzystwa lekarzy galicyjskich **we Lwowie**; Członkowie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego — w księgarni W-go Krzyżanowskiego w Krakowie.

KONKURS.

Wskutek opróżnienia posady lekarza okręgowego w **Janowie** rozpisuje się konkurs na tę posadę lekarza okręgowego dla okręgu sanitarnego w Janowie (powiatu gródeckiego), który obejmuje 20 gmin z ludnością 12.941, na obszarze 223 klm.

Siedzibą lekarza okręgowego jest miasteczko Janów, gdzie się także znajduje publiczna apteka.

Chcący uzyskać powyższą posadę, winien wykazać, iż posiada następujące warunki:

1. Prawo obywatelstwa austryackiego;
2. Dyplom doktora medycyny, uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej;
3. Nieskazitelny charakter;
4. Znajomość języków krajowych;
5. Praktykę najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim;
6. Dostateczną fizyczną zdatność.

Obowiązki lekarza okręgowego określa §. 14 rozp. wykonawczego do ust. z 2 lutego 1891, wydanego przez c. k. Namiestnictwo w porozumieniu z Wydziałem krajowym. — (Dz. ust. kraj. Nr. 82, Cz. XXII).

Dla lekarza okręgowego w Janowie wyznaczoną jest płaca roczna w kwocie 1000 koron i ryczałt na koszta podróży służbowych w rocznej kwocie 540 koron.

Ubiegający się o powyższą posadę, winni podania należycie udokumentowane, wnieść do Wydziału powiatowego w Gródku najpóźniej do 31 grudnia 1900 roku.

Z Wydziału powiatowego
w Gródku 12 grudnia 1900.

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.